

PARLAMENTO
DEL URUGUAY
CÁMARA DE REPRESENTANTES
Secretaría

XLIX Legislatura

DEPARTAMENTO
PROCESADORA DE DOCUMENTOS

Nº 1396 de 2023

Carpeta Nº 2083 de 2021	Comisión Especial de población y desarrollo

---

TRATAMIENTO INTEGRAL Y REHABILITACIÓN DE LAS PERSONAS CON USO PROBLEMÁTICO DE DROGAS IMPUTADOS POR DELITOS

Se declara de interés general y como asunto de salud pública

Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 8 de junio de 2023

(Sin corregir)

Preside: Señor Representante Martín Sodano (Presidente) y señora Representante Cristina Lústemberg (Vicepresidente).

Miembros: Señoras Representantes Fernanda Araújo, Cecilia Cairo, Liliana Beatriz Chevalier, Claudia Hugo, Ana María Olivera Pessano y Carmen Tort y señores Representantes Gonzalo Civila López, Álvaro Dastugue, Gabriel Gianoli, Felipe Schipani y Álvaro Delgado.

Invitados: Por la Comisión Especial de Adicciones de la Cámara de Representantes, señora Representante Nibia Reich y señor Representante Agustín Mazzini.

Por el Ministerio de Salud Pública, doctora Lorena Quintana, del Programa Adolescencia y Juventud y doctor Álvaro Usher, del Programa de Salud Mental.

Por el Ministerio de Desarrollo Social, señora Directora de Protección Social, Fernanda Auersperg y señor Asesor Técnico en Salud Mental y uso problemático de drogas, Alfonso Arocena.

Secretaria: Señora Ma.Cristina Piuma Di Bello.

Prosecretaria: Señora Lourdes E. Zícari.

===||===

SEÑOR PRESIDENTE (Martín Sodano).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión tiene mucho gusto en recibir a la doctora Lorena Quintana, del Programa Adolescencia y Juventud, y al doctor Álvaro Usher, del Programa de Salud Mental, quienes vienen en representación del Ministerio de Salud Pública. Asimismo, recibe al doctor Eduardo Katz, director de Salud Mental, al doctor Antonio Pascale, director del Portal Amarillo, y al doctor Pablo Fielitz, asesor, quienes vienen en representación de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, como así también a la señora Fernanda Auersperg, directora de Protección Social, al señor Alfonso Arocena, asesor técnico de salud mental y uso problemático de drogas, y al señor Juan José Malvárez Medina, director de la Dirección Nacional de Apoyo al Liberado, quienes vienen en representación del Ministerio de Desarrollo Social.

En esta oportunidad han concurrido a la Comisión para referirse al proyecto de ley relativo al Tratamiento Integral y Rehabilitación de las Personas con uso Problemático de Drogas, Imputadas por Delitos.

Vamos a solicitarles que cada vez que hagan uso de la palabra digan su nombre, a los efectos de facilitar la toma de la versión taquigráfica.

SEÑORA QUINTANA (Lorena).- En el Ministerio de Salud Pública se creó el Programa Adicciones, y yo voy a ser su directora; por lo tanto, asistí a la Comisión por ese motivo, más que por el Programa Adolescencia y Juventud.

Nosotros estamos totalmente de acuerdo con este proyecto, ya que consideramos que es de alta necesidad para las políticas del país. Sin duda, como Estado no podemos no dar respuesta y no brindar acceso al tratamiento del uso problemático de drogas a las personas privadas de libertad, ya que es una necesidad para el país. Por lo tanto, suscribimos en todo al proyecto.

De todos modos, queremos referirnos a algunos puntos.

El país tiene mucha experiencia en la creación de comisiones en las que participan instituciones del Estado como organizaciones de la sociedad civil que trabajan esas temáticas. En ese sentido, contamos con comisiones que abordan diferentes temas, como el de salud sexual.

Entonces, entendemos que es sumamente importante contar con la posibilidad de crear una comisión que involucre a las organizaciones de la sociedad civil que trabajan el tema de las adicciones, sobre todo, porque si miramos los diagnósticos que se hicieron en el país, como el diagnóstico del Observatorio Uruguayo de Drogas, vemos que estas organizaciones tienen un número importante de cupos, inclusive, mucho mayor que los que tiene el Estado. Por lo tanto, es importante que su voz pueda ser escuchada.

Desconocemos cómo se elegirá a los representantes de estas organizaciones, por lo que será algo en lo que habrá que trabajar; sin duda, de alguna forma debemos generar que todas las organizaciones de la sociedad civil que trabajan con el tema adicciones se agrupen, y debemos ayudar a que tengan sus representantes en esta Comisión; ese es un punto que nosotros hemos conversado.

Por otra parte, compartimos lo que se establece con respecto a la duración del tratamiento. Sin duda, entendemos que el equipo técnico es el que dirá cuánto debe durar el tratamiento, que será distinto en cada persona y en cada situación, pero siempre podemos seguir trabajando en la rehabilitación social y en la inclusión educativa. Entonces, si el tratamiento terminara antes que el tiempo de la pena, creo que hay otros temas que se pueden seguir trabajando.

En realidad, otros países tienen mucha experiencia en la atención en justicia terapéutica, y por eso sabemos que a pesar de que el tiempo del tratamiento por el uso problemático de drogas termine antes de que la persona cumpla su pena, durante el tiempo restante se puede seguir trabajando en su rehabilitación. Por eso nosotros estamos de acuerdo en lo que respecta a la duración del tratamiento.

Por supuesto, sabemos que la respuesta para las personas con uso problemático de drogas no es única, porque no tienen una faringitis, para lo que deben tomar un antibiótico cada ocho horas por siete días. Sin duda, en estos casos el diseño del tratamiento debe ser a medida, ya que la persona que tiene una adicción no solo tiene ese problema, sino otra cantidad de temas detrás que la rodean y le preocupan. Por lo tanto, este lugar deberá tener en cuenta que cada tratamiento deberá ser diseñado a medida, ya que estas situaciones no se pueden solucionar con una receta única.

SEÑOR USHER (Álvaro).- Tal como dijo la doctora Quintana, globalmente estamos de acuerdo con el interés y las expectativas que van a abrir este proyecto.

Sin duda, pensamos que también va a implicar un esfuerzo económico y un esfuerzo en recursos humanos capacitados para poder llevarlo adelante.

Por otra parte, se habla de la lista de las instituciones que podrán trabajar en la rehabilitación, por lo que creo que nos veremos obligados a atenderlas, a fiscalizarlas, a ver cómo funcionan y a saber con qué paradigmas se manejan. En ese sentido, el Ministerio debería contar con un listado de las instituciones que hayan pasado por un filtro, ya que debemos saber si concordamos con su práctica; creemos que eso es importante.

Por otro lado, la expectativa es que esta construcción tenga la chance de funcionar y de demostrar lo que, potencialmente, pretende lograr.

SEÑORA QUINTANA (Lorena).- Sin duda, existe la necesidad de hacer un piloto, con un número equis de instituciones, que nos permita ver qué sucede en Uruguay. Como dije, en otros países hay mucha evidencia y sabemos que funciona bien, pero debemos ver cómo nos va a nosotros, con nuestra cultura y nuestra idiosincrasia.

Asimismo, queremos contarles que entre las acciones que tiene el programa de adicciones, se llevará a cabo un relacionamiento con todas las organizaciones que están trabajando con las instituciones públicas, privadas y de la sociedad civil que se ocupan de personas que tienen un uso problemático de drogas. Además, vamos a intentar ayudar a las organizaciones que no están habilitadas a lograr la habilitación, que son de la sociedad civil, públicas y privadas.

Entonces, vamos a trabajar con el decreto que las regula, que es el Decreto Nº 274 de 2013, e intentar mantener una relación, además de colaborar con un punto de este proyecto, que es la lista de las instituciones que puedan dar respuesta.

SEÑOR KATZ (Eduardo).- Buenos días para todos.

Muchas gracias por la convocatoria.

El uso problemático de sustancias, sobre todo en las personas que cometen delitos vinculados al consumo, es un tema que nos preocupa y nos ocupa desde hace muchas décadas; en mi caso, he estado varias décadas trabajando como médico en las cárceles.

Por otra parte, en uno de los artículos se dice que el tratamiento no podrá ser menor a la duración de la pena, que es algo que no me queda claro, porque eso, de una u otra forma -a mi criterio; me hago cargo de lo que digo porque es a título personal-, cercena la indemnidad técnica del profesional, porque se está estableciendo un tiempo. En ese sentido, tengo un matiz, porque

creo que el tratamiento no se debería definir por un tema judicial, sino por un tema estrictamente profesional, si lo que queremos es tratar una enfermedad.

Es decir, si yo tengo un paciente con un problema cardiológico, creo que es el cardiólogo el que debe decir cuándo comienza y cuándo termina el tratamiento, pero si esa persona, a su vez, está privada de libertad, el juez es el que tiene que definir cuánto tiempo debe cumplir la pena. Ese es un matiz que tenemos; obviamente, en lo personal creo que todos los matices son enriquecedores y deben ser tomados como un aporte.

Otro de los temas que me resulta un poco difícil de entender -por lo menos hasta ahora- es cómo se va a seleccionar a cada persona que ocupe esta súper estructura para el tratamiento de las adicciones. Quisiera saber cómo se van a seleccionar esos cargos, porque creo que el éxito de una gestión, y contar con un producto de calidad, muchas veces depende de la selección de las personas que van a estar al frente; eso es bien importante. Sería bueno saber si serán profesionales de carrera, si se seleccionarán por concurso, si serán cargos políticos o de confianza.

Hago esta consulta porque creo que debemos dejar bien claro que -esa es mi forma de pensar- la salud mental, y la salud en general, no se politiza. No hay adicciones de derechas, adicciones de izquierda o adicciones de tal o cual partido, de la coalición o del Frente Amplio. Para mí es un problema de salud, y creo que las políticas tienen que ser de Estado.

Por ende, entiendo que cualquier tipo de discrepancia o diferencia al respecto debería quedar totalmente por fuera de todo esto, y que tenemos que ponernos todos de acuerdo para que esto sea algo que no termine cuando termina un gobierno, sino que pueda traspasar distintos gobiernos y convertirse en una política de Estado. Digo esto porque hemos tenido otras experiencias que no han sido muy afortunadas.

Por otra parte, quiero referirme a otro tema que no es menor. Quisiera saber de dónde provendrán los recursos para solventar todo esto. Muchas veces uno dice: "Bueno, pongo tal estructura edilicia, o pongo tal y otra", y no tiene en cuenta que detrás de cada estructura edilicia hay un costo de recursos humanos, pero no solo a nivel general, porque hay que discriminar si se necesitan psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, talleristas, operadores terapéuticos o enfermeras. También hay que saber si se precisa tener un centro de desintoxicación en el que los pacientes ingresen antes de hacerlo en este servicio. ¿Esos centros de desintoxicación van a estar en ASSE? ¿ASSE tiene los recursos, o no los tiene? Desde ya les digo que nos los tiene, por lo que la situación se complejiza.

De todos modos, después de haber transitado varias décadas por la ex Dirección Nacional de Cárceles, Penitenciarías y Centros de Recuperación -hoy INR-, reconozco que el costo de una persona privada de libertad es elevadísimo; además, podemos hablar de un doble costo, porque no solo se tiene el costo de la manutención de esa persona. En realidad, si una persona transcurre un proceso judicial porque tiene una deuda con la sociedad y nosotros no lo rehabilitamos, después de que cumpla la pena le vamos a devolver a la sociedad a alguien que va a seguir en el ambiente delictivo, con sus patologías adictivas y demás. Seguramente, esa persona va ir escalando en cuanto a la trasgresión y la gravedad de los delitos, por lo que no estaríamos haciendo un buen aporte a la sociedad. Por lo tanto, podemos decir que el costo que todo esto tiene para el INR es bastante elevado, y que lo que se dispone en este proyecto podría ser una solución, aunque no tenemos la varita mágica. Entonces, no podemos decir, por ejemplo, que las veinte personas -por decir un número cualquiera- que no van a ingresar al INR no le van a generar costos a este tipo de estructura. Por eso hay que saber cuánto van a costar, porque eso no es tan lineal.

En realidad, las cárceles tienen costos fijos y costos variables, los que son muy elevados. Por tanto, esos costos no van a bajar en forma lineal, porque no se trata de darle la baja a ese dinero para invertirlo acá; las cosas no son así, por lo que no sé cómo se podrá sustentar esa transición.

Tengo mucho más temas para plantear, pero creo que para empezar, me quedo con los que mencioné.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si quiere continuar, puede hacerlo. Tiene total libertad para expresarse.

SEÑOR KATZ (Eduardo).- En realidad, me gustaría que el doctor Pablo Fielitz, que es profesor agregado del posgrado de psiquiatría de la Facultad de Medicina y tiene una vasta experiencia en el tema expresara su opinión.

SEÑOR FIELITZ (Pablo).- En primer lugar, quiero decir que es muy bueno que se haya elaborado un proyecto de ley que esté pensado para asistir a la población carcelaria que tiene un diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias; creo que eso es bueno.

De todos modos, coincido con lo que planteó el doctor Katz en cuanto a que el tiempo de duración de los tratamientos no debería estar definido en el proyecto, sino que debería acordarse o conversarse con el equipo técnico de tratamiento. El proyecto dice que el tratamiento no podrá ser menor a la duración de la pena, pero yo creo que ese es un punto que se debe revisar.

Sin embargo, creo que lo importante es que se está planteando generar un cambio, un cambio importante y reglado para que aquellos infractores que son usuarios problemáticos de sustancias puedan recibir un tratamiento adecuado en sustitución de la pena; yo creo que eso es importante.

Lo que planteaba recién el doctor Katz es central respecto de cómo se financia esto. Si nosotros pensamos que el recluso sea derivado a una comunidad terapéutica para hacer el tratamiento, va a tener un costo mensual aproximado de US$ 1.200 por cada recluso; eso tiene que estar costeado para ver cómo se financia. En el proyecto que estamos armando para la Rendición de Cuentas incluimos acciones a nivel de la salud mental para la población carcelaria, sobre todo en la temática adicciones, pero es mucho más modesto que esto, incluye la creación de cargos de operadores terapéuticos, de psicólogos y de asistentes sociales para trabajos grupales a nivel de instituciones carcelarias para aquellos reclusos que quieran participar del programa. Desde el punto de vista de la asistencia, este proyecto va más allá, va a un tipo de tratamiento más complejo, más integral y de mayor alcance. Creo que cómo se financie es un aspecto central. Reitero que, de alguna manera, el planteo de iniciar acciones para tratar a esta población con la sustitución de la pena por un tratamiento especializado creo que es una buena idea; habrá que pulir algunas cosas y, sobre todo, ver cómo se sostiene desde el punto de vista económico.

SEÑORA AUERSPERG (Fernanda).- Buenos días.

Soy la directora nacional de Protección Social del Ministerio de Desarrollo Social.

Primero que nada, celebramos la iniciativa, celebramos poner el tema sobre la mesa, celebramos el espíritu del proyecto y felicitamos al señor diputado Sodano porque sabemos de su compromiso y que siempre está atrás de estas temáticas. Hemos tenido intercambios en muchas oportunidades, no solo en lo que refiere al adentro, a las unidades penitenciarias, sino también a todo lo que nos repercute como Ministerio de Desarrollo Social, a lo que llamamos la puerta giratoria, cárcel, calle, porque muchas de estas personas que no tienen la oportunidad de una rehabilitación adecuada en el adentro terminan en situaciones no deseadas y en condiciones de

extrema vulnerabilidad, golpeando las puertas del Ministerio o no, pero requiriendo una ayuda en el tratamiento de adicciones.

En ese sentido, desde el conocimiento de los programas de tratamiento y prevención del uso problemático de drogas que se lleva adelante en algunas unidades penitenciarias, vía la Renadro, la Junta y ASSE, también con la certeza de que estos servicios de atención son insuficientes en general y de difícil accesibilidad, sobre todo para las poblaciones en extrema vulnerabilidad, me refiero específicamente a las personas privadas de libertad, a las personas en situación de calle, a las mujeres que tienen problemas de adicción y tienen niños, niñas y adolescentes a cargo; con el mayor de los respetos, celebramos el espíritu de este proyecto y queremos hacer los siguientes comentarios.

Entendemos como muy acertada la creación del Consejo Nacional Asesor en Adicciones del Sistema Carcelario y las medidas sustitutivas, que pueden ser una herramienta virtuosa para el asesoramiento especializado en todo lo que es privación de libertad.

Justamente días pasados nos reuníamos con la OSLA, hoy llamada Dirección Nacional de Supervisión de la Libertad Asistida, y nos referían que hoy lo que están haciendo, básicamente, es controlar, supervisar lo punitivo, pero que muy poco pueden hacer sin recursos en la rehabilitación de estas personas que están en medidas sustitutivas. Por lo tanto, el proyecto de medidas sustitutivas en el centro de tratamiento para uso de drogas de modalidad residencial -hoy como Mides ya estamos trabajando en eso de la mano del Ministerio de Salud Pública-, vía la fiscalización de estos centros, simplemente para ponerlos en contexto, desde el año pasado, junto con el Ministerio de Salud Pública, empezamos el camino de comenzar a utilizar estos lugares como hogares asistidos para personas que requieren la rehabilitación en temas de adicciones. Esta fiscalización se da en el marco del Decreto N° 274/2013, que explicitaba la doctora Quintana. Este proyecto para primarios y residentes por única vez podría ser una respuesta muy positiva para evitar el ingreso al sistema carcelario a personas que cometen delitos asociados al uso problemático de drogas. Por lo tanto, estamos totalmente de acuerdo.

Por otro lado, desde la Secretaría Nacional de Drogas, la Renadro y desde la Administración de los Servicios de Salud del Estado se han implementado distintas estrategias de abordaje para el uso de drogas dentro del sistema penitenciario que, sin tener una evaluación de impacto ni de los procesos terapéuticos, resultan a todas vistas insuficientes. Entendemos que esa insuficiencia en la respuesta a un problema específico no se soluciona con nuevas organizaciones o instituciones que gestionen el problema, sino a través de la gestión interinstitucional que entendemos que está faltando. Creemos que ese consejo debería cumplir la función de asesoramiento desde el conocimiento preciso del sistema con sus fortalezas y debilidades a los organismos encargados de implementar estos dispositivos; esto es la Junta Nacional de Drogas y la Administración de los Servicios de Salud del Estado. Con total humildad, no entendemos que la solución a las carencias evidenciadas sea a través de la creación de nuevas institucionalidades. Todos sabemos lo difícil que es la coordinación de las institucionalidades ya existentes. Por lo tanto, no entendemos la creación de un consejo con competencias de implementación, sí de asesoramiento. Estamos totalmente de acuerdo con que ese consejo tenga la potestad de asesorar a la institucionalidad ya existente, pero no que tenga la competencia de implementar las políticas públicas en materia de drogas, cuando ya hoy existen los organismos pertinentes.

SEÑOR KATZ (Eduardo).- Escuché atentamente lo que se ha expresado. No me quise extender hoy, pero creo que hay algunas cosas que deben decirse y que deben ponerse en la mesa cuando tratamos un tema que es un flagelo que afecta a toda la sociedad en su conjunto. El tratamiento de una persona que tiene un uso problemático de sustancias, ya sea que esté privado de libertad o no, en este caso específico, está pensado para las personas privadas de libertad; tiene que ser más inclusivo, a mi criterio. Por supuesto que aplaudimos toda iniciativa, todo hecho, pero siempre todo es perfectible, es mejorable. Es enriquecedor el intercambio de opiniones con respecto a los aportes que cada uno pueda hacer porque acá estamos pensando, cuando vemos a una persona con esta problemática, en atacar las consecuencias del problema; es decir, la persona ya hizo un uso problemático de sustancias, ya lo tiene, ya tiene un problema con la ley, y nosotros lo vamos a recibir en esa circunstancia. Quiere decir que nosotros vamos a atacar la consecuencia del problema, pero no la causa. La causa del problema es multiaxial; tiene que ver con un trabajo en territorio; tiene que ver con la familia; tiene que ver con qué le está ofreciendo la sociedad a esta persona; tiene que ver con algo bastante más amplio que el tratamiento específico medicalizado; nosotros no podemos decir ni asumir, desde mi postura -como director de Salud Mental de ASSE me hago cargo-, que el uso problemático de sustancias sea un problema sanitario; es un problema también sanitario, pero no se puede medicalizar todo; es un problema sociosanitario. Por eso es que la institucionalidad es, de pronto, lo más fuerte que podemos tener para solucionar esto. Nosotros tenemos que ir al territorio, porque a esta persona le hacemos una desintoxicación, le hacemos una deshabituación y una reinserción, pero después vuelve a un núcleo familiar. No puede haber un tratamiento que no incluya a sus referentes, a sus familiares, a sus vecinos, al barrio, a la zona donde vive; esto es bastante más complejo que el hecho de ser adicto a la cocaína, a la pasta base, a la marihuana; este es un tema complejísimo; es un tema de extrema complejidad.

Por otra parte, hay un tema bien importante en todo esto. Para aquellos que llevamos varias décadas trabajando en las cárceles -en este momento, estoy trabajando en las cárceles, pero por Zoom, por telemedicina, pero nunca me fui totalmente de lo carcelario desde el año 1985 hasta la fecha, desde el viejo penal de Punta Carretas que hoy es un *shopping* hasta hoy que hay estructuras como la PPP, Participación Público- Privada en Punta de Rieles y demás-, hay temas que uno no toma en cuenta. Cuando una persona que tiene uso problemático de sustancias quiere salir del problema, es muy difícil; lo va a lograr y la rehabilitación, en mi experiencia, es transitar por una sucesión de recaídas, pero finalmente, si pone mucho empeño, mucha fuerza de voluntad, si tiene un equipo continente que lo apoya, si puede lograr hasta cambiar su núcleo, sus amistades, su entorno y mil otras variables más, él puede salir, tiene la posibilidad de salir. ¿Salen todos? No, pero él puede salir. Sin embargo, aquel que no quiere salir y que puede utilizar este sistema para evadir el presidio, no va a salir; le vamos a brindar un montón de recursos y no va a salir. Entonces, me parece bien importante no tirar por tierra este dispositivo, pero sí pensar en la selección de quién debiera ingresar a un dispositivo de este tipo y quién no.

Lo otro es lo que venía diciendo. El Mides tiene amplia experiencia en el tema, que es el tratamiento en territorio; es ver de una forma u otra cuál es el medio social, cuáles son las circunstancias.

Lo otro que no debiera faltar y que no está consignado es la prevención desde el antes, donde debería intervenir otro organismo, como ANEP o quién sea, donde a la gente se le dé la sensibilización, la información y la capacitación, que son las vacunas imprescindibles para que no entre en este problema y haga el tratamiento de las causas.

SEÑORA QUINTANA (Lorena).- Algo que se discutió un poco porque no estábamos muy de acuerdo es el tiempo...

(Interrupciones)

——Nosotros creemos que no se termina el tratamiento cuando el equipo técnico dice se terminó el tratamiento por el consumo de sustancias, porque tiene toda esta otra parte que tiene que ver con el trabajo con la familia, con la comunidad adonde va a volver, con la educación, con las posibilidades de ver en dónde va a trabajar al salir; toda esa otra parte del tratamiento, que son estrategias, que hay que ayudar y brindar, van a tener el tiempo necesario si el tiempo de tratamiento se termina antes que el tiempo de la pena.

SEÑOR PASCALE (Antonio).- Buenos días.

Soy director del Portal Amarillo.

En relación a una visión absolutamente clínica, simplemente un comentario. Veo representantes que nos visitaron en la institución hace unos meses y también intercambiamos con ellos en la Comisión Especial de Adicciones. Un concepto importante que tiene que ver con cualquier tipo de tratamiento y que tiene que afinarse muy bien en relación al concepto de medidas sustitutivas, celebrando por supuesto todo este tipo de iniciativas, es el concepto de obligación. Es muy difícil en este ámbito -también trabajo en el Ministerio del Interior- diferenciar lo estrictamente clínico de estas estructuras de dispositivos que muchas veces pueden ser rígidas. Según algunos modelos internacionales, en relación a lo que es el abordaje del consumo problemático de sustancias en las personas privadas de libertad, en el mismo establecimiento carcelario o penitenciario, se generan distintas etapas de evaluaciones diagnósticas y tratamiento, y uno de ellos es también el concepto -relacionado a lo que decía el doctor Katz- de la motivación para el cambio y una estatificación del riesgo, que también hay que pensarlo. Hay una enorme heterogeneidad, aun en presos primarios, en relación a sus problemáticas, que no solo dependen de su trastorno por dependencia y severidad de su adicción, sino también de la vulnerabilidad individual y de su contexto social. Nosotros abordamos una tríada, que son las sustancias -soy toxicólogo clínico-, la persona y el entorno; no podemos deslindar de esa tríada nunca el abordaje clínico.

Hay dos conceptos importantes que quería mencionar desde la clínica. En mi experiencia, no solo a nivel institucional, sino a nivel particular, en mi trabajo, tiene que ver con establecer riesgos para un abordaje y, por otra parte, establecer qué motivación para el cambio tiene esa persona, esté privado de libertad o no, y creo que eso no lo define la privación de libertad. Es un concepto mucho más amplio. Que no esté motivado para cambiar no quiere decir que no podamos hacer cosas para eso. De hecho, hay intervenciones que son estrategias de entrevistas motivacionales y un enorme bagaje de intervenciones clínicas para motivar a esa persona a cambiar. Creo que la imposición de un tratamiento sin considerar motivación para el cambio y riesgo son cosas a tener en cuenta.

SEÑOR KATZ (Eduardo).- Solamente para agregar un pequeño concepto, porque hay que reconocer que el doctor Antonio Pascale no solamente es director de Portal Amarillo, como él muy humildemente se presentó, sino que es uno de los expertos de la Organización Mundial de la Salud en este tema; es un orgullo para nuestro país y es un orgullo para nosotros tenerlo presente, sumando sus conocimientos reconocidos internacionalmente.

SEÑOR PRESIDENTE.- Voy a darle la bienvenida al señor Juan José Malvárez Medina, director de la Dirección Nacional de Apoyo al Liberado. No sé si el doctor quiere hacer uso de la palabra.

SEÑOR MALVÁREZ MEDINA (Juan José).- Buenos días.

Gracias por la invitación. Es un gusto estar aquí, con todos ustedes.

Celebramos la iniciativa; estamos desde la Dinali y desde la Dirección Nacional de Protección Social del Mides en línea con esta nueva búsqueda de alternativas a la privación de libertad. Eso es lo primero.

En segundo lugar, desde nuestra institución, creemos que tenemos mucho para aportar, pero yendo al caso concreto que hoy nos ocupa, en una parte del proyecto se habla de los plazos y de equiparar la pena al tratamiento.

Creemos que desde la Dinali podemos apoyar procesos en que no necesariamente el tratamiento sea mayor a la pena; no tenemos que equiparar pena con tratamiento solamente para que calcen. Si la pena es menor, podemos hacer desde la Dinali el acompañamiento de esa persona, después de que termine esa pena. Lanzo otro desafío: definir el alcance de liberado. ¿Qué entendemos por liberado? Debemos definirlo porque nos ayuda y nos facilita para conocer desde dónde empezamos a trabajar.

Hay instituciones que se han creado, otras han ido cambiando, otras han pasado -como la Dinali, que pasó al Ministerio de Desarrollo Social-, y la OSLA ahora se convirtió en Dirección Nacional. Sería bueno redefinir los alcances de nuestras instituciones con la ex OSLA; la nombro así porque no recuerdo la sigla nueva, es compleja. Ayer tuvimos una reunión y la semana que viene tenemos otra en la Dinali porque tenemos mucho en común y mucho trabajo articulado para hacer.

Más adelante, sería bueno venir con la Dinali a comentarles en qué estamos, cómo estamos trabajando y compartir lo de la red de oportunidades que ya hemos lanzado y que tenemos puestas nuestras esperanzas en que sirva para incluir y generar nuevas oportunidades.

Muchas gracias.

SEÑORA QUINTANA (Lorena).- Capaz que no quedó bien claro, pero en una parte se señala lo siguiente: "Se oirá al imputado" -entiendo que se le va a ofrecer si quiere acceder a la medida sustitutiva, o si va a cumplir su pena, como debe cumplir- "quién podrá optar entre el cumplimiento de la pena correspondiente y la medida sustitutiva de tratamiento". O sea, no hay ninguna obligación en esto. Por supuesto que si elige la medida sustitutiva, tendrá que seguir ciertos lineamientos, pero puede elegir no ir hacia la medida sustitutiva.

SEÑOR PASCALE (Antonio).- Con relación a lo que comenta la doctora Quintana, cuando me refería a obligación, me refiero aun después de optar, cuando uno habla de una medida sustitutiva. O sea, el privado de libertad, en cierta forma, al optar por una medida sustitutiva, se obliga a un tratamiento. A partir de allí está mi concepto de motivación para cambio. Esto lo quiero dejar claro.

SEÑORA REPRESENTANTE LUSTEMBERG (Cristina).- Agradecemos a las delegaciones de las tres instituciones del Estado que hoy intervinieron.

Sé de la reconocida trayectoria profesional y académica que tiene cada uno de ustedes.

En este proyecto que presenta el diputado Sodano, estamos trabajando integradamente con la Comisión de Salud y de Adicciones para tratar de ver cuál sería el mejor diseño.

Ha sido invitado el comisionado parlamentario -no sé si ustedes leyeron la versión taquigráfica de cuando él concurrió a esta Comisión- sabiendo de la complejidad y la dimensión que tiene el tema. Es un asunto que requiere soluciones que no son fáciles, pero también tiene que ver con la asignación de recursos y el diseño que tiene que tener este abordaje. Desde acá estamos dispuestos a trabajar en conjunto y a escuchar.

Con el presidente Sodano, que es quien propone este proyecto, siempre trabajamos con materiales que después den mayores argumentos, por ejemplo, a lo que ustedes hoy fundamentaron. Los insumos siempre se reciben por parte de la secretaría para poder llegar a un marco normativo que mejore algo de tal complejidad, que es preocupante y que requiere del abordaje desde la política pública.

Gracias.

SEÑORA REPRESENTANTE CAIRO (Cecilia).- Debo decir que comparto casi todo lo que dijeron cada una de las autoridades, y me alegra. No estoy diciendo que me siento mal por eso o que, de alguna manera, cambió mi forma de pensar. No; al contrario, en realidad reafirma algunas cosas que nosotros venimos diciendo desde hace muchísimo tiempo. Por ejemplo, en lo que refiere a la Ley de Urgente Consideración.

Quiero ser totalmente honesta; me parece que amerita que lo sea. Las causas son importantes: el territorio y resolver los problemas de esos jóvenes antes de que la drogadicción pase a ser parte de sus vidas de manera constante, todos los días, cada media hora y cada vez más, a veces, cada quince minutos. Estos jóvenes necesitan ayuda, ¡obviamente! Necesitan ayuda sanitaria, pero hay una ayuda fundamental que es su entorno. El entorno termina condicionando, incluso, cuando existe una rehabilitación. Al volver al mismo lugar donde estaban -no solo por la familia, sino por sus círculos de amistades-, vuelven a generar lo que decía el doctor Katz y, a veces, la recaída también es parte de ese tratamiento.

A su vez, resolver salir de esa situación muchas veces es difícil en estos jóvenes, cuando están inmersos en una adicción muy fuerte. Es muy difícil que pase al principio; ojalá pasara al principio porque sería mucho más fácil de salir. Además, las adicciones generan otros problemas, entre ellos, a nivel de salud mental, que es lo más grave.

Comparto y me parece que deberíamos trabajar sobre eso fuertemente, pero hay dos cosas que me parece que debe aceptar el sistema político. Primero, darse cuenta de que estas son las causas principales que terminan llenando cárceles, porque son pobres y adictos. Esa es una de las primeras causas. O sea que no lo resolvemos solamente mandándolos a la cárcel. Hay que implementar medidas alternativas, como hay en Inisa, y algunos lo deben de saber. Hay jóvenes que están con medidas alternativas que me parece que es una buena cosa. Es el juez quien determina esa medida punitiva, en lugar de mandarlo a encierro, porque no se ha probado hasta ahora que eso resuelva el problema, sobe todo cuando hay temas de adicción.

Creo que para esto se precisan muchos recursos. Cuando vemos cómo ha aumentado la población carcelaria y cuando nos damos cuenta de que en su gran mayoría el problema son las adicciones, necesitamos equipos multidisciplinarios, de lo contrario, no va a funcionar porque es lento, largo y va a haber avances y retrocesos cada vez que se trate sobre este tema.

No tengo más que decir que comparto totalmente lo que se ha dicho. Vivo en un barrio en donde esto forma parte de la realidad y quizá nunca logramos comunicar que el problema no era solo si el joven rapiñaba, sino las causas por las que lo hacía y cómo trabajamos sobre eso para mejorar una sociedad que hoy está enferma con respecto a la droga.

Nadie está a salvo, pero los más pobres son los que más lo sufren, los que no tienen recursos para sacarlos antes de tiempo. Se precisan recursos y equipos disciplinarios que conozcan el tema para que el joven salga; no hay forma de que sea de otra manera, además del involucramiento claro de la familia para que eso suceda.

Presidente: comparto la mayoría de las cosas que dijeron; el tema es que cuando -y acá en el Parlamento pasa muchas veces- algunos colegas representantes creen que la prisión es la solución, plantearnos otra óptica de salida a la situación de violencia que tiene la sociedad me parece sano. Creo que lo tenemos que aceptar y también comunicar a la opinión pública para que entienda dónde está realmente el problema. Si logramos eso, seguramente, algunas cosas van a cambiar. Si nos mantenemos creyendo que solo con enviarlos a la cárcel el problema está resuelto, no lo resolvimos. Además, dentro de la cárcel también hay droga.

Disculpen si fui extensa. Estoy de acuerdo; hay que convocar al Ministerio de Economía y Finanzas para ver si le da más recursos a ASSE, al Portal Amarillo, al Mides, a la Dinali. Sin eso, será una ley como otras tantas que hemos votado y que, en los hechos, no tiene ninguna consecuencia. Además, vamos a reclamar que no se cumple; la única manera de cumplir alguna de las leyes hermosas que hemos hecho hasta ahora es generar recursos para eso.

SEÑOR REPRESENTANTE DASTUGUE (Álvaro).- Agradezco a la delegación que está presente. Los felicito porque se nota que les apasiona el tema; están interiorizados y saben, cosa que no es menor.

Quiero hacer un pequeño comentario, sin entrar en debate. Esto se da de hecho hoy; creo que la sabiduría y la experiencia del presidente, que es quien propone el proyecto, está en bajar a tierra la realidad. En todos los niveles y ámbitos del Estado se derivan chicos a organizaciones privadas; son medidas alternativas que se dan desde el Poder Judicial, desde el Ministerio del Interior, desde el Ministerio de Salud Pública. Hoy las organizaciones sociales son socias de hecho con todo lo relacionado a las medidas alternativas.

Uno de los grandes aciertos del Mides ha sido acercarse a estas organizaciones sociales y trabajar en conjunto, siendo socios de un conjunto de organizaciones sociales que, como dijo la doctora Quintana al principio, tienen una disponibilidad de camas muy grande y muy mayor al Estado o a las organizaciones que trabajan en este tema.

Por eso, la sabiduría y la experiencia del presidente para darle un marco legal para que el Estado sea socio de estas organizaciones sociales y juntos ayuden a miles de chicos que hoy necesitan esa mano.

No quiero entrar en debate, pero a modo de comentario creo que esta no es una cuestión de recursos, sino más bien de voluntad. Hoy existen algunos recursos de voluntad, coordinación y puesta en práctica.

Los felicitamos y les agradecemos la presencia. Seguramente, en alguna otra oportunidad, los vamos a convocar de nuevo por la Dinali y por algún otro tema que en Adicción estamos tratando.

SEÑOR REPRESENTANTE MAZZINI GARCÍA (Agustín).- Agradecemos las exposiciones, siempre es un instrumento importantísimo para el legislativo recibir visitas y recabar las opiniones de los que están *in situ* y son expertos en la materia.

No voy a repetir algunas de las palabras vertidas por la diputada Cairo, porque coincido plenamente. Una de las dudas que me quedó al escuchar las intervenciones es que una pena sustitutiva no deja de ser un castigo penal, y así se enmarca en la legislación vigente.

¿Cómo se entiende que un tratamiento médico a las adicciones pueda ser un castigo a una realidad, a un delito? Las medidas sustitutivas no dejan de ser un instrumento penal punitivo. Esa es la duda más grande que me queda a mí de este proceso. Filosóficamente, concordamos con que la solución no parece haber sido engordar las cárceles, como ha pasado.

Con respecto a los recursos, el crecimiento de las cárceles creo que fue un quinto, o sea, un 20 %, y el presupuesto no aumentó. O sea que es bastante elástico el costo por preso como aquí se dijo. No necesariamente si sacamos cien presos, va a haber equis dinero más en el Estado porque si se agregaron dos mil presos al sistema penal y el presupuesto es el mismo, no es tan fácil encontrar esos recursos.

Mi pregunta refiere al tratamiento como castigo y planteo esa duda.

SEÑORA REPRESENTANTE OLIVERA PESSANO (Ana María).- Muchas gracias a quienes hoy nos acompañan y nos plantean una serie de reflexiones que son importantes para el análisis de la propuesta.

Tengo algunas preguntas.

Traté de tomar nota, de escuchar atentamente y sentí que hay algunos aspectos en los que no necesariamente coinciden quienes nos acompañan.

Mientras la representante del Ministerio de Salud Pública decía que compartía la duración del tratamiento, entendía claramente que desde las dos intervenciones de ASSE, fundamentalmente, se especificaba el tema de que no debía acotarse por ley el tiempo del tratamiento.

Digo esto porque no es un tema menor. Creo que es bien importante esta definición, desde el punto de vista de la atención de cada una de las personas.

En cuanto al artículo 6º, el de la obligatoriedad del tratamiento, se repite en dos oportunidades. Creo que ahí hay el planteo de una serie de agregados, por lo menos, vinculados con esto o de relativización del tema de la obligatoriedad, y me parece interesante una mayor precisión.

Para nosotros, la versión taquigráfica es importante a la hora de repensar lo que allí está escrito en cuanto a la formulación que ustedes, como especialistas del tema, realizan. Esta es la segunda apreciación.

La tercera apreciación -que me gustaría que la directora Lorena Quintana precisara- refiere al tema de la necesidad de un piloto.

Veo muchísima dificultad, con toda la estructura aquí planteada y, además, con las dos vertientes que tiene, cómo desarrollar un piloto. En todo caso, habrá una evaluación, pero no veo cómo, con este cuerpo, se puede desarrollar un piloto en cuanto a lo que aquí se está planteando. Sobre todo, cómo se podrá llevar adelante -no voy a discutir acá; entre nosotros no discutimos en las comisiones- porque no tengo dudas de que esto requiere de recursos. Y comparto totalmente lo que dice Eduardo Katz en relación a que muchas veces -nos pasa a todos los que hemos estado en la gestión- uno piensa que algo se resuelve con una inversión y se olvida de lo que es el funcionamiento permanente de la política para llevarla adelante. Es decir que no son recursos para una vez, sino que después se transforman en recursos de carácter permanente.

Por lo tanto, siempre hay recursos que hay que evitar superponer -ahí está el tema de la articulación y de la voluntad-, pero por otro lado, llevar adelante lo que aquí está planteado estoy convencida de que necesita de ellos. Por eso, lo que dijo aquí el representante de ASSE, Pablo

Fielitz, en el sentido de que era mucho más modesto lo que planteaban en el proyecto de rendición de cuentas da cuenta de que se imaginan que esto requiere de equipos.

SEÑOR PRESIDENTE.- Amparándome en el numeral 20 del artículo 106 del Reglamento, voy a solicitar a la señora diputada Cristina Lustemberg -vicepresidenta- que ocupe la Presidencia de la Comisión.

(Ocupa la Presidencia la señora representante Cristina Lustemberg)

SEÑORA PRESIDENTA (Cristina Lustemberg).- Tiene la palabra el señor diputado Sodano como miembro de la Comisión y como legislador que elaboró y que propone este proyecto de ley ante esta Cámara.

SEÑOR REPRESENTANTE SODANO (Martín).- Antes que anda, quiero dar las gracias a la delegación que nos visita, a cada uno de los cuatro órganos hoy aquí representados, que han hecho referencia a este proyecto y mostraron diferentes inquietudes y virtudes que encontraron en esta iniciativa.

Voy a hacer un par de consideraciones generales y, luego, voy a citar parte del articulado en base a las inquietudes que presentaron.

La iniciativa de este proyecto es clara. Cuando se pensó en trabajar y elaborar un proyecto de esta magnitud, con el tema de penas alternativas, lo primero que hicimos fue devorarnos la reforma de Texas para conocer cómo había bajado la reincidencia y la ocupación carcelaria cuando se invirtió más en rehabilitación y en atención que en cárceles. La iniciativa arranca de ahí. Además, no pudimos dejar de ver el flagelo que se vive en nuestro Estado, en nuestra sociedad, cómo cada vez se destruye más; como bien decimos, los problemas de raíz, los problemas asociados a esa realidad; por más que las adicciones pegan en todos los sectores sociales, socioeconómicos, es verdad que los más vulnerables son los más pobres. ¿Por qué? Porque la droga está también alrededor y dentro de las casas de los más pobres. No está solo en las casas de la gente con mejores recursos. Sucede que quienes tienen mejores recursos, a través de otros vínculos, como fiestas, universidades, colegios, amigos, etcétera, entran en otro tipo de drogas, en otro tipo de consumos, que les generan problemas de salud mental y de adicción.

No solo hablo como legislador, sino también como un adicto recuperado, y quiero destacarlo. Así como destaco que es reconocido internacionalmente -respeto y valoro todo el trabajo que hace el doctor, quien fuera felicitado por todos sus compañeros-, les puedo asegurar que en lo territorial -desgraciadamente o gracias a la vida- hoy estoy acá y tengo esa otra experiencia. Quizás no me puedan reconocer internacionalmente, pero sí en los lugares más carenciados y donde están las drogas y el consumo. Y como bien dijo la integrante del Mides, me podrán conocer en el territorio porque siempre estoy trabajando. No significa que sepa por ser así, también lo aclaro.

Respecto a los recursos, cuando se habla de la parte económica, se maneja un presupuesto de unos US$ 1.200 mensuales por privado de libertad, pero esa es la realidad de la estructura en general. Si nos fijamos en la comida, la alimentación y lo que le llega al privado de libertad, capaz que hablamos de $ 200 por día de los US$ 1.200 mensuales. ¿Qué rehabilitación hay ahí? ¡Ninguna! ¡Ni derecho humano, ni rehabilitación, ni dignidad carcelaria ni nada! ¿Por qué? Porque la comida es una olla podrida -así la llamamos nosotros en la jerga-, que es arroz, con algo de pollo, un par de chorizos, algunos granos para tener proteínas, y ¡chau, Pinela! Esa es la comida que hay en general. El que tiene mejor comida es porque cuando vienen las visitas le traen las canastas y las valijas. Si no, la comida que tenemos en el sistema es mala. Aparte de que la comida es mala, la higiene es mala. Aparte de que la higiene es mala, el hacinamiento es malo. Aparte de que el hacinamiento es malo, no hay colchones, no hay nada. No hay dignidad carcelaria ninguna. No hay

rehabilitación ninguna dentro del sistema carcelario. Esa es la realidad que tenemos en el sistema penitenciario.

También felicito que ahora se haya pasado de la OSLA a la Dinali; pasó de una oficina a una dirección. ¡Sí! Tenemos diecinueve mil personas que están judicializadas dentro de la Dinali, con una estructura de noventa personas, de las cuales el 20 % están certificadas. Territorialmente, realmente, lo que sí falta es el recurso. Como también falta el recurso de la obligación por ley, que tenemos nosotros -además de por ley, moral e institucional-, para que de las personas que están privadas de libertad se haga cargo ASSE tanto de la parte de salud como de salud mental. ¿Por qué no podemos cubrirlo? Porque no tenemos los recursos. Es real. Es verdad. Al no tener los recursos no podemos pretender que en territorio podamos llegar a marcar las consecuencias de esa recuperación digna u obligatoria que en realidad tenemos porque no cubrimos las cárceles. Hay cárceles que están cubiertas por Sanidad Policial: quien lo aprisiona es quien lo cura; quien lo pone aprisiona es quien lo tiene que tratar.

Cuando hablamos de la parte de salud mental y de las personas privadas de libertad -agradezco que estemos con expertos en el tema-, en visitas a las cárceles, hemos visto -soy miembro de la Comisión Especial de Seguimiento de la Situación Carcelaria de la Asamblea General- cómo la medicación es entregada por el oficial, en bolsita, al recluso para que se la autoadministre en el día. Y esa bolsita con medicamentos que psicológica y psiquiátricamente fue otorgada termina siendo parte del mercado y una de las tantas drogas que se manejan dentro del sistema penitenciario. ¿Por qué? Porque tenemos un sistema fracasado. ¡Esa es la palabra adecuada! Tenemos un sistema fracasado. A nivel de las observaciones mundiales estamos en los peores lugares. No podemos mirar hacia el costado con eso. Es como tapar el sol con un dedo.

En cuanto al tratamiento y a las penas, sucede que al buscar hermanar un tema con el otro, los delitos de los primarios o los reincidentes en primera instancia, como plantea el proyecto, se trata de equiparar, porque no podemos obligar a nadie porque no existe la internación compulsiva en el Uruguay; no se puede internar a nadie compulsivamente, pero la persona va a estar privada de libertad compulsivamente. Entonces, como dice el articulado, el penado podrá decidir -si el juez reconoce que la persona cometió el delito por un tema de adicciones- si va a prisión o a un sistema de rehabilitación. En ese caso, tendrá que mostrar voluntad. Es verdad que hay muchos que por no ir presos van a preferir la rehabilitación, pero teniendo en cuenta eso, el proyecto también dice -será algo a profundizar en la reglamentación- que tiene que cumplir con un criterio real para el trabajo en rehabilitación. ¿Por qué? Porque si no cumple con ese trabajo, deberá cumplir la pena en prisión.

Por eso también van de la mano el tiempo de la pena y el tiempo de la rehabilitación. Si la persona utiliza esto de mala fe y no como una oportunidad de recuperarse, termina de cumplir la pena en el lugar que la tiene que cumplir por el delito que cometió, ya que así es como le tiene que pagar a la sociedad, por eso es penado. No dejamos de ver que es una persona que cometió un delito.

Respecto a la selección de los cargos, me parece que debería manejarse como una política de Estado. Eso se podría mejorar en la reglamentación o con varias propuestas que se puedan hacer acá ya sea por parte de las delegaciones o de los demás legisladores. Nos parece de orden que sean personas con proyecciones de trabajos quinquenales, porque no se refleja ninguna política de un día para el otro, no existe; una política así no llega a ningún lado. Hablo de trabajos quinquenales que puedan pasar de mandato en mandato o durante la mitad del mandato de gobierno, de forma que siempre estén involucradas dos administraciones diferentes. Se puede buscar la solución como más lo quieran ver.

Si se busca que el Ministerio de Salud, el Ministerio del Interior, la Junta Nacional de Drogas, es decir, cada una de las instituciones involucradas para crear el Consejo Nacional Asesor en Adicciones ponga a una persona capacitada y con coherencia en el tema para trabajar, no van a poner solamente por cargo político a don Pepe y a don José. Me parece que tenemos que confiar en que la institucionalidad va a poner a delegados que estén acorde a la necesidad que se está asumiendo y el cargo que van a cubrir. Se podría mejorar la redacción para que eso fuera un poco más alcanzado.

En cuanto al plan piloto -como lo comentó la doctora-, hay un tema de recursos. Yo consulto lo siguiente. En las colonias que tiene ASSE, las dos colonias que tiene en Canelones, en la Ruta N° 11 -colonia Etchepare y la otra que está en frente; las dividen la ruta-, según la ley de salud mental, a partir de 2025 no podría haber más personas internadas, como sucede hoy. Se trata de personas que están abandonadas hasta por sus familiares. Ahí tenemos dos espacios físicos con recursos humanos. Así mismo me lo asumió Cipriani -el actual presidente de ASSE- en una reunión cuando le presenté este proyecto. Me dijo: "Esto es ideal porque tenemos este problema". Contamos con la ley de salud mental y tenemos estos dos lugares, que además tienen una cantidad de hectáreas que se pueden fraccionar y vender para hacerles mejoras estructurales y edilicias, de modo de concretar los centros de rehabilitación.

Entonces, ya tenemos parte de los recursos, lo que pasa es que no los sabemos administrar. Sería importante ver que ahí ya están los funcionarios públicos que están capacitados en la parte de salud mental porque trabajan con personas con esos problemas. Hay que capacitar, mejorar y potenciar todo lo que tiene que ver con las adicciones porque es el flagelo más grande que tenemos.

Un 0,2 % de la población tiene problemas de adicción a la pasta base y la cocaína; ¡solamente a la pasta base y la cocaína! Más de veinte mil personas tienen problemas de adicción a la pasta base y la cocaína.

Tenemos, en una especie de puerta giratoria, a casi quince mil personas -así lo tiene censado el Mides y la Junta Nacional de Drogas- en situación de calle y cárcel, cárcel y situación de calle. Estoy hablando de Montevideo y del área metropolitana. ¡Quince mil personas!

En cuanto a los recursos del Portal Amarillo -me gustaría que me aclararan el número porque no me quiero equivocar- creo que tiene una inversión mensual de alrededor de $ 15.000.000 para diecinueve camas. Si no me equivoco, creo que va por ahí la parte presupuestal. Creemos que ahí los pesos y las herramientas para el trabajo y el problema que tenemos que abordar no están alcanzando. Y eso no es culpa del Portal, sino de toda la institucionalidad, que no llega al lugar que tiene que llegar, que es donde está el problema. Hablo de la persona que por problemas sociales, por problemas económicos o por sus lugares coyunturales, con los que ha nacido y vivido, hoy está hundida en las adicciones, sea culpable o no, voluntariamente o no, sea cual sea el criterio. No importa el criterio: lo que importa es que tenemos una persona con una enfermedad que es de salud mental. La adicción es una enfermedad de salud mental y así lo tenemos que reconocer.

Estuve mirando un poco los apuntes que fui tomando de las delegaciones que hablaron. Creo que hay algo que es indiscutible, y que está fuera de todo tema. Es algo que se ha hecho público y notorio también en la prensa, y es que este gobierno, en esta rendición de cuentas, a algo a lo que va a apostar fuerte es justamente la parte de salud mental. Se está trabajando fuerte en el tema a fin de generar presupuestos para que haya herramientas que lleguen al lugar que tienen que llegar. Eso es algo en lo que estamos trabajando, estamos colaborando y lo celebramos.

Creemos que el problema de todo esto radica en los recursos; sin lugar a dudas, son los fondos. ¡Sin lugar a dudas! Pero es algo que ya no podemos extender más en el tiempo.

El doctor Katz, con su gran experiencia -desde 1985 vivió todas las transformaciones buenas y malas del sistema penitenciario-, conoce de primera mano el flagelo que hay allí adentro. Hoy, más del 85 % de la población carcelaria tiene problemas de adicciones. Ya no es la misma cárcel de 1985. Es la cárcel de 2023, donde hoy las drogas ya no valen plata, sino vidas. Así se están manejando los barrios. Los empleados se pagan con vidas; el consumo se paga con vidas. Ya no se paga con plata, es la esclavitud que hay detrás de la droga, la explotación detrás de las drogas. Como Estado ya no podemos mirar hacia el costado.

Tomo todas las críticas hacia este proyecto como constructivas. Si nosotros tomamos este proyecto como una política de Estado y alineamos a todas las institucionalidades para llevarlo adelante -sea este o cualquier otro-, podremos ejecutarlo en tiempo y forma porque hay muchas vidas que están quedando por el camino. No hablo solo de quienes cometieron atrocidades, delitos o que están envueltos en su enfermedad de salud mental y de consumo, sino del resto de la sociedad, que termina siendo rehén de estas personas enfermas. Ellos tienen una enfermedad de salud mental y las demás personas son rehenes socialmente de lo que tenemos en la calle en lo cotidiano. Creo que hay que mirar hacia los dos lados: a quien consume y a quien no. Hay que mirar el daño que se hace él, el daño que le hace a los demás y el daño que se le genera a la familia. Hay que trabajar y profundizar en todo esto.

Esta no es la solución. Esta no es la octava maravilla del mundo. Esto es solamente -¡solamente!- una hoja de un Sauce llorón. Tenemos que construir todos el Sauce llorón. La realidad es que deben estar involucradas todas las aristas del Estado para llegar a la raíz. Hay que llegar a la educación, a la prevención para no tener personas imputadas por delitos que tengan que ver con las adicciones. Hay que ir a la raíz, pero no debemos olvidarnos del daño que ya tenemos instalado en nuestra sociedad.

SEÑOR KATZ (Eduardo).- Quiero hacer algunas consideraciones.

Debo aclarar que en el rol que tengo hoy -tuve otros en otra época- hago política sanitaria, no política partidaria. Por lo tanto, todo lo que diga no tiene una connotación de política partidaria. Hago esta aclaración porque a veces las consideraciones pueden dar lugar a interpretaciones varias.

La pobreza. Yo nací en un lugar humilde. Mi padre nos dijo: "No hay pobreza que justifique la mugre". Por lo tanto, cortó una barra de jabón Bao -no sé si existe todavía- en varios trozos y aquel que no se bañaba no podría dormir dentro de la casa. ¿Qué quiero decir con esto? Que tampoco se debería justificar la desatención o la falta de interés en cuanto a la adicción. ¡Pero no nos confundamos! Hoy, vivo en Carrasco, y les puedo asegurar que es el emporio de la droga, que la droga no respeta estratos sociales ni económicos ni culturales. Les puedo asegurar que en Carrasco hay más droga que en el 40 Semanas, o la misma cantidad, pero con diferente costo o con diferente estilo.

La droga es una enfermedad como el cáncer. La mejor forma de curarlo -hoy existe una tecnología muy avanzada- es la prevención. Por ello es que todas las instituciones y todos los prestadores estamos apostando a la prevención para evitar el tratamiento, como nos decían nuestros viejos profesores a quienes somos médicos: primero prevenir; si no, se puede curar y, si no, se puede consolar. Si nos guiamos por aquellos preceptos que nos dieron los profesores que hoy ya están en nuestra memoria o en los libros -porque no están físicamente presentes-, les digo que para mí la parte más importante de todo esto es la prevención, y sigo insistiendo en el tema.

Obviamente que la gente que vive en barrios más adinerados o que cuenta con más poder adquisitivo tiene más posibilidades de acceder a este tipo de sistema.

Sin embargo, yo, que he transitado por todos los servicios de salud, públicos y privados, les digo que en ASSE se hace un abordaje de los equipos de salud mental global, con asistentes sociales -trabajadores sociales, como se les llama hoy en día-, enfermeros capacitados, psicólogos, psiquiatras, terapeutas. Es un abordaje global que en muchas instituciones, llamadas seguros privados, no se hace.

También hay un comité de recepción. Esto se hace en la Administración de Servicios de Salud del Estado y no en otros lados. Y esto no es de hoy; se viene haciendo desde hace bastante tiempo. Lo sé porque antes de estar acá trabajé en territorio.

También quiero recalcar que cuando mencioné los créditos académicos de mis dos compañeros que hoy nos están asistiendo fue, simplemente, para valorizar que dos personas que son reconocidas a nivel nacional e internacional están asesorando y dedicando su tiempo -y no por dinero- a todo esto. Para nada quise desacreditar el conocimiento que pueda tener alguien que no tenga una acreditación académica y que lo adquirió en el territorio.

Esto lo quiero dejar bien claro porque no me guío por los títulos; lo dije simplemente a modo de agradecimiento a quienes nos acompañan.

El otro tema al que me quiero referir es el que mencionó el diputado con respecto a la mugre y a la comida en las cárceles. También por ahí tiene que venir la prevención; lo sabemos quienes hemos vivido en la cárcel; no visitado: hemos vivido en la cárcel, porque había un sistema que creo que ya no existe -yo entré a la cárcel en época democrática; no conocí la cárcel antes, por suerte-, según el cual, cuando no venía el médico de relevo, el que estaba de guardia no se podía retirar. Eso motivó que en una oportunidad tuviera que hacer siete días de guardia. Por lo tanto, no había mucha diferencia entre el preso y yo o entre yo y el preso porque estábamos los dos presos: él por un delito y yo por no tener relevo.

En esas circunstancias, uno puede conocer y conversar con aquella población y preguntarle por qué hay esa mugre si nosotros les aportamos productos de limpieza e higiene. Y ellos decían: "Sigo en casa". Cuando hicimos la experiencia de traer a dos chef que estaban privados de libertad para que hicieran comidas de mejor nivel que eso que el diputado menciona como un guiso olla podrida, inmediatamente tuvimos casi un motín reclamando lo que ellos llaman el "guisolfo carcelario", es decir, la olla podrida.

Por tanto, hay un tema cultural, que no se resuelve con una ley, se resuelve con trabajo continuo. Y no se pueden esperar resultados ni en una semana ni en dos; esto va a llevar décadas si es que vamos por el buen camino. Y si no vamos por el buen camino, vamos por el que vamos. Si queremos resultados diferentes, tenemos que tener acciones diferentes. Y las acciones diferentes consisten, básicamente, en la prevención y también en que -lo dije y lo tengo que repetir porque me parece bien importante- si no tratamos el territorio, es decir, de donde procede la persona y a donde va a tener que volver, no vamos a lograr cambiar nada; no vamos a lograrlo.

Con respecto a las colonias, tuve la oportunidad de estar seis meses como director de la colonia a la que se hizo referencia, que hoy se llama Ceremos y antes se llamaban Santín Carlos Rossi y Doctor Bernardo Etchepare. Ahí tenemos un predio donde hay 370 hectáreas, de las cuales se usan 70.

También quería decir que cuando se aprobó la Ley de Salud Mental teníamos más de dos mil usuarios; cuando se prohibió el ingreso por ley, nosotros iniciamos un proceso de desinstitucionalización. Hoy hay cuatrocientos sesenta usuarios. Por lo tanto, hay una plantilla que redistribuir, lo que seguramente va a generar un conflicto gremial, pero creemos que por la vía del diálogo y de la persuasión se puede tratar de dignificar la labor de algunos funcionarios que hoy están trabajando, pero que a veces hacen con el digo pero no con el hago y tratar de distribuirlos. A ese tipo de funcionarios hay que capacitarlos, porque no es lo mismo el tratamiento del paciente que tiene una patología psicótica crónica -de tipo o índole- catalogada como esquizofrenia o similares, que el paciente que tiene un trastorno de salud mental vinculado con las adicciones o con el consumo; son cosas bien diferentes.

Yo adhiero al proyecto; entiendo que está bueno. Tampoco considero que deba ser un macrocentro porque mundialmente los centros enormes no han dado resultado, pero sí si tenemos un proyecto más pequeño, menos ambicioso, pero que quizás pueda sustanciarse y generar un producto de calidad y un resultado que realmente valga la pena. No nos olvidemos de que todo esto se financia con fondos que no existen; fondos públicos o fondos ciudadanos, que es el dinero que estamos poniendo todos nosotros y la sociedad en su conjunto, que reclama resultados. A eso estamos avocados.

Reitero: sin prevención es muy difícil revertir esta situación; hay que pasar a la curación, y la curación es tan compleja que después hay que pasar al consuelo.

SEÑOR PASCALE (Antonio).- Quiero hacer un comentario con relación al proyecto y, como dice, al concepto de plan para asegurar el acceso al sistema. Yo creo que es muy importante.

En referencia a todo esto que se ha comentado sobre el territorio, debo decir al diputado que hace muchos años mis profesores me enseñaron un concepto que tiene que ver con lo siguiente. Yo he estudiado mucho, pero más allá del estudio y de la perseverancia -y mis colegas lo saben; muchos de ellos han trabajado o trabajan conmigo-, la experiencia acumulada es una herramienta fundamental en esta temática. La experiencia uno la recoge del abordaje clínico con los usuarios todos los días y en distintos contextos. Cuando me dicen: "Pascale, ¿por qué sabés tanto? ¿Vos consumiste?". No; no estoy hablando de mí; estoy hablando de lo que aprendí, de las creencias y de los contextos individuales y sociales de cada uno de mis pacientes. Yo trabajo por y para mis pacientes.

Hay un concepto que es algo individual, pero creo que le da mucho valor a lo que decía el diputado con relación a que más allá de los reconocimientos y la academia, y es que esto tiene un abordaje en la clínica, como médico, de estar frente al paciente y escucharlo. Acá nosotros no prescribimos; nosotros escuchamos primero. Y todas las organizaciones que trabajan en esto, en el marco ético correspondiente -que eso no se soslaya, no se cruza-, más allá de que haya diferencias técnicas, creo que tienen el mismo objetivo.

Un concepto importante tiene que ver con esto del territorio. Yo soy director del Portal Amarillo desde hace tres años, cuando estábamos en plena pandemia, cosa que obviamente dificultó mucho algunas acciones, que fue el impacto que tuvo en todo el sistema sanitario. Uno de los elementos importantes, a punto de partida de una iniciativa del ex director de Salud Mental, el doctor Fielitz, fue la descentralización y no llevar, por ejemplo, al Portal Amarillo como un centro único, de una mirada única, como que fuera la solución a todo, porque no lo es. Entonces, hubo un proyecto de descentralización y hoy existen equipos de salud mental en territorio, que se están formando, que necesitan recursos, pero que están asentados en los territorios.

Cuando fue la Comisión Especial de Adicciones, hablamos de esto, de los Dispositivos Ciudadela a nivel nacional. También recuerdo cuando la señora vicepresidenta de la República nos fue a visitar y nos dijo: "Muy bien, doctor, ¿y el resto del país?", porque estamos concentrando todos nuestros recursos en Montevideo y zona metropolitana, donde por supuesto existe una prevalencia mayor de consumo, sí, pero los problemas están en todos lados.

Entonces, hay que garantizar la accesibilidad al sistema. Algo que internacionalmente describen la experiencia y los libros es que la mitad de los usuarios problemáticos de drogas acceden al sistema sanitario, a nivel mundial, no es solo aquí: la mitad, y en otros países en condiciones mucho más preocupantes y precarias que en nuestro país, donde tenemos un sistema sanitario fuerte trabajando en este tema desde hace muchísimos años. Yo hace veinte años que trabajo en esta temática y reconozco esto desde hace veinte años o más.

Creo que garantizar la accesibilidad al sistema de salud, en este concepto de transversalidad, este concepto interdisciplinario, es fundamental.

Entonces, hay que fortalecer el territorio, como se ha hecho, y poner recursos en eso, y que tanto el Portal Amarillo como otros residenciales y otras instituciones sean un eslabón más en la red de atención de drogas, en este caso, de la salud pública en nuestro país. Creo que es el camino que se está haciendo y el camino a seguir.

Con relación a mejorar la accesibilidad y a sostener tratamientos, dos objetivos que tuvimos -y pongo esto como ejemplo para que pueda servir de insumo para este proyecto- tienen que ver con que esa persona pueda apropiarse de su tratamiento y de su proceso terapéutico, acceder y hacerse cargo del mismo y, después, sostenerlo, adherirse. En esa visión fui designado como toxicólogo clínico director de esta institución. En octubre, pensamos tener en la institución dieciocho camas de una unidad de desintoxicación, de unidad de cuidados moderados, algo que no existe en nuestro país, más allá de cuatro camas que hay en el Hospital Maciel. Obviamente, dieciocho camas para un país es insuficiente, pero es un punto de partida para captar en crisis a los usuarios y prevenir consecuencias mayores, como decía el doctor Katz. Ya sería una prevención secundaria, o terciaria en algunos casos; ya no es primaria, pero voy a tratar de evitar mayores daños y voy a ver si esa persona está motivada para cambiar o no, pero la posibilidad de ser captado en una situación de crisis la va a tener. Y creo que ese es un modelo importante a seguir, como lo hemos hecho con los centros diurnos en convenio con el Mides y con otro tipo de dispositivos: captar a los usuarios para prevenir un daño mayor cuando el problema está instalado.

El Portal va a tener cincuenta y una camas de internación, a partir de octubre, con dieciocho camas en la Unidad de Desintoxicación; el modelo de residencial, con un cambio sustancial, en un modelo mucho mayor de comunidad terapéutica, más extenso en el tiempo, en duración, y las quince camas para adolescentes por convenio con INAU que mantiene desde el año 2008.

Obviamente, el número de camas no significa nada. Este año yo le pregunté a la supervisora clínica de la institución de la parte de internación si tenía lista de espera y me dijo que no. ¿Eso quiere decir que no hubiera problemas en ese momento o no hubiera personas para internar? Obvio que había personas para internar; no accedían por la gravedad y por la repercusión nefasta que tuvo la pandemia en problemas de salud mental y también en la población vulnerable, como son los usuarios problemáticos de drogas.

Entonces, es importante fortalecer los territorios, mejorar la accesibilidad y la adherencia al tratamiento, cosa que también planteamos como indicador; la duración del tratamiento y la adherencia son fundamentales.

Estos son algunos aportes o reflexiones que quería hacer sobre este proyecto que, por supuesto, celebro, diputado.

SEÑORA QUINTANA (Lorena).- Primero, quiero contarles que trabajé más de diez años en una policlínica de adicciones de Cerro Norte. En ese momento, cuando el paciente venía a buscar ayuda -que la mayoría solicitaba la internación, el ingreso-, lograr ese acceso era muy difícil para los técnicos que trabajábamos en el policlínico. Por eso yo no creo que la pena sustitutiva sea un castigo; creo que es una oportunidad; creo que es un acceso. Creo que es una oportunidad, además, elegible y no un castigo.

Eso respondiendo las palabras que traían recién. Además, no solo no es un castigo, sino que es un debe que tenemos como país brindar el acceso al tratamiento de las adicciones para las personas privadas de libertad. Este tema es un estigma; lo vimos en la policlínica. Muchas veces, la gente no quería estar en esa sala de espera porque sabía que el policlínico de adicciones era ahí, entonces, prefería esperar en otro lado. Si este tema es un estigma, ¡cuánto más el privado de libertad!

Sigo creyendo que tener la posibilidad de acceder al tratamiento es una gran oportunidad y un debe que tiene nuestro país.

Con relación al tiempo, por supuesto que los técnicos de la medicina psiquiátrica -yo soy médica de familia- somos los que tenemos la palabra en el tratamiento, y podemos decir: "Hasta acá va el tratamiento", sin duda que sí. Creo que un cambio que se puede sugerir es que aunque finalice el tratamiento por orden médica, pueda continuar con medidas de rehabilitación social -que deberían empezar el día uno- hasta cumplir la pena, que igual la debe cumplir. Las medidas de rehabilitación social y de reinserción social para estas personas valen muchísimo, tanto como el tratamiento médico o instituido. Quizás este puede ser un aporte de este equipo que creo que compartimos porque lo estuvimos conversando mientras ustedes hablaban.

En cuanto a los costos, sin duda que el de una persona privada de libertad es mucho mayor que el de una persona a la que le estamos ofreciendo un tratamiento. Eso tiene todo un trabajo atrás que habrá que pensar cómo hacer, pero sin duda deberíamos ir por el derecho a la persona al acceso a la atención. Entiendo que lo deberíamos hacer y contar con la ingeniería necesaria.

Con relación al plan piloto, entiendo que lo que nos permite es empezar con un número limitado y hacer una evaluación que nos puede servir para decir: "Bueno, ojo, acá no, acá sí; tenemos que ir por allá o tenemos que ir por acá". Entonces, entiendo que nos puede permitir hacer una evaluación.

Acá se hizo mención a la experiencia con el Inisa que ha sido muy buena en estas medidas y quizás el plan piloto puede ser pensado en el Inisa, donde hay un avance en muchos de estos temas, y tener un número personas, de adolescentes. En algunos casos, ya no son adolescentes porque están cumpliendo la pena y ya tienen más de dieciocho años. Por tanto, podríamos pensar en un plan piloto que nos permita evaluar, porque esa es la intención, si bien hay evaluaciones internacionales que son muy positivas de esta justicia terapéutica, por decirlo de alguna forma.

Por último, por supuesto que comparto que la prevención es nuestra primera bandera. Cuando hablamos de prevención en el consumo de sustancias, tenemos que pensar en cambios de comportamiento. Muchas veces tomamos medidas que entendemos que son de prevención y que

están basadas en muy buenas intenciones, pero que no logran generar ese cambio de comportamiento. Entonces, plantearnos mayores medidas de prevención en nuestro país, sin duda, es una necesidad.

Ahora estamos llevando adelante un programa que tiene evidencia internacional de prevención del consumo de sustancias en adolescentes, de retardo de la edad de inicio y de evitar los consumos problemáticos en adolescentes, que es el Programa Familias Fuertes. Lo estamos probando y evaluando en Uruguay, pero sin duda, si no hacemos prevención, no hay proyecto que logre abarcar este problema.

SEÑOR USHER (Álvaro).- Voy a ser extremadamente breve.

Cuando se discuten todos estos temas, a uno siempre le preguntan: ¿cuál es el mejor tratamiento? Yo, que he trabajado a nivel público como el Hospital Vilardebó, en mutualistas, en centros privados, doy siempre la misma respuesta: el mejor tratamiento es el oportuno. Creo que la filosofía es tratar de llegar oportunamente al que lo precisa. Ese va a ser el mejor tratamiento. A veces, se da la discusión de si es con tal o cual metodología, durante cuánto tiempo. Se podrá discutir, habrá evidencias, pero lo que sí sabemos es que el que va a servir más es el que llega en forma oportuna; lo otro va después.

Era cuanto quería decir.

SEÑORA REPRESENTANTE OLIVERA PESSANO (Ana María).- Capaz que lo que voy a plantear no tiene que ver con lo que han expresado, pero para nosotros es muy importante, porque el 30 de junio entra la rendición de cuentas.

Todos han hecho mucho hincapié en el tema de la prevención, por lo que quisiera saber si cada una de las instituciones que representan está hoy participando y articulando en el marco de la Junta Nacional de Drogas.

SEÑORA AUERSPERG (Fernanda).- En cuanto a la inquietud de la señora diputada Ana Olivera, quiero señalar que los aquí presentes estamos trabajando en el aterrizaje del Plan Nacional de Salud Mental y Adicciones, que va a ser comunicado oportunamente.

Todos los aquí presentes hemos estado, en largas jornadas de intercambio, precisamente, trabajando en la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de lo que refiere a salud mental y adicciones.

Además, quiero señalar que la Junta no está presente, pero es el órgano convocante.

SEÑOR REPRESENTANTE SODANO (Martín).- Quería hacer un racconto sobre eso.

Desde el 15 de mayo se le han hecho llegar invitaciones a la Junta Nacional de Drogas para que concurriera; se ha hablado con la Secretaría del doctor Ferrés, pero nunca obtuvimos respuesta, como Comisión, para su participación en el día de la fecha.

Quiero hacer una aclaración que me parece de orden. Cuando hablé sobre el reconocimiento de los doctores Pascale y Katz, de ninguna manera fue ninguneado el reconocimiento; al contrario, valorándolo. Lo quiero aclarar, porque la secretaria me llamó la atención cuando comenzó la reunión, cuando los recibimos y leí, y cada uno de ustedes me dijo: "Tranquilo, que ya empezamos".

Cuando las emociones y los sentimientos ganan, uno se pone medio eufórico, y es por eso que actué de esa forma. Estoy eufórico con el tema, porque es algo que realmente me corre por las venas. La verdad es que emocional y sentimentalmente son cosas que a uno le ganan.

Quiero aclarar que para mí, que soy un mecánico, hoy legislador, exadicto, es un orgullo estar representando este lugar y estar discutiendo con ustedes un proyecto que creamos con profesionales, buscando un abordaje integral. Me enorgullece poder decir que estoy con personas reconocidas internacionalmente, mejorando o buscando una solución a una problemática a nivel nacional. Para mí es un orgullo, no una discriminación -al contrario- si conozco el tema porque me drogué o no me drogué. No era por ahí lo que quise expresar, y quiero que quede claro el punto al que quería llegar, aunque sé que a veces hablo medio entre letras y no expreso del todo lo que quiero; no tengo muy buena comunicación en algún punto.

En base a eso, hay algo que me preocupa, y es la realidad sobre el abordaje. Precisamente, el doctor Pascale hablaba del Portal Amarillo, de las camas que tiene y de las que van a llegar por el convenio que hay desde el año 2008.

La última información que tengo es que, entre camas propias y contratadas por el Estado, hay 234 en total. El último pedido de informes que hice sobre eso fue a principios del año pasado. Y antes de tener dieciocho camas, teniendo quince camas más todas las propias y contratadas que hay, el promedio de ocupación es de un 75 %. Nunca tenemos una ocupación del 100 % y ni siquiera una demanda. Hay listas de espera que quedan vacías. Hay gente que va a una lista de espera y tampoco termina siendo llamada en tiempo y forma, porque la llaman tres o cuatro meses después, cuando tenemos una ocupación del 75 %. Creo que para esto, unificar los recursos, que es la idea de articular que plantea el proyecto, es fundamental.

Sin más preámbulos y sin quitarle más tiempo a la delegación ni a los demás legisladores, quiero agradecer todos los insumos que han brindado a la Comisión para la discusión de este proyecto y de esta problemática que tiene el Estado uruguayo.

SEÑOR REPRESENTANTE GIANOLI (Gabriel).- No quería permanecer ausente.

No voy a competir con Sodano, que es mecánico, y yo, un chapista, pero andamos, recorremos y nos preocupan estos temas.

Quiero agradecer la última intervención del doctor Katz, porque en definitiva nos pone en la realidad de lo que debemos afrontar a la hora de legislar y no en las percepciones que podemos tener, que son todas subjetivas y, a veces, nos sacan del fondo el tema.

La Comisión tiene la suerte de recibir a un equipo que sabe de lo que habla, que está en el tema y, como se dice normalmente en el boliche: "Ni pelado ni con dos pelucas"; tenemos que transitar por el camino del medio. Es nuestro deber, como legisladores, mencionar la buena noticia. Ha habido un anuncio del gobierno de que se van a otorgar recursos, que seguramente van a ser insuficientes, pero no tardíos, porque son imprescindibles. Me parece que también es nuestro deber, en su momento, luego de escuchar a los técnicos, saber a dónde destinaremos ese dinero. El tema nos preocupa, y debemos trabajar en la prevención, como bien dijeron las autoridades, pero no podemos dejar de decir que debemos trabajar en el combate al narcotráfico, y que eso se está haciendo.

Estas son todas las cosas que debemos dejar claras a la hora de pretender legislar sobre la realidad que afecta a toda la sociedad. En el corte vertical la droga permeó todo y tenemos un gran deber como sociedad de hacer un trabajo permanente para mejorar esta situación.

Una legisladora decía que hacemos leyes muy lindas, pero luego no tienen sustento. Creo que tenemos la base, el equipo y, seguramente, pelearemos para que cada día más lleguen los recursos.

Todo aporte es bienvenido.

SEÑOR KATZ (Eduardo).- En nombre de ASSE y de la Dirección de Salud Mental que yo dirijo, quiero agradecerles que nos hayan convocado, porque para nosotros es muy importante tener un ámbito dónde expresar en qué trabajamos, dónde vamos, qué es lo que sentimos, y que ustedes los puedan vivenciar directamente en esta oportunidad que nos dan ahora, ya que están representando a la sociedad, son quienes van a legislar, y van a aprobar o desaprobar todo ese tipo de propuestas. Nosotros estamos abocados cien por ciento, con todas las fuerzas y durante varias décadas, no a solucionar, sino a buscar el mejor camino posible para hacer que con el tiempo se pueda dejar una sociedad mejor para nuestros hijos, y por eso quería agradecerles la convocatoria.

SEÑORA PRESIDENTA.- Muchas gracias a toda la delegación, integrada por tres instituciones del Estado. Los aportes los vamos a tener, sobre todo el señor diputado Sodano.

Quiero agradecerles, porque creo que todo lo que suma evidencia y conocimiento es lo que nos permite fundamentar un marco normativo que después se refleje en el mejor diseño de las políticas públicas, y más aún con la complejidad que tiene este tema. Sabemos que esta problemática tiene un gran componente de prevención, por lo que es necesario un diseño diferente que nos permita ir avanzando, no solamente en un período legislativo, sino hacia adelante, porque estas son políticas de corto y mediano plazo. Hoy, en esta Comisión vamos a ver si podemos avanzar en una ley de primera infancia, infancia y adolescencia, que tiene mucho que ver con el inicio del diseño de una política pública, que puede tener una gran incidencia -aunque no siempre- si hacemos un abordaje multidimencional para prevenir otras cosas a las que a veces llegamos tarde o su complejidad es mayor.

Por otra parte, quiero señalar que el material que ustedes quieran aportar al diputado Sodano o a cualquier integrante de la Comisión, lo pueden hacer llegar a través de la Secretaría. Todo el material que nos llega de fundamentación y de evidencia de diseño de la política publica, lo que están haciendo ahora o propuestas para adelante, es un insumo para nosotros.

En pocos días se tratará la rendición de cuentas, y nosotros estamos muy esperanzados con la comunicación que el presidente hizo el 2 de marzo sobre los recursos vinculados a salud mental. Por lo tanto, previo a la rendición de cuentas, nos sirven mucho todos los insumos que puedan acercarnos a la Secretaría. Esa información es de acceso a todos los integrantes que hoy representamos a todo el espectro del sistema político.

Les agradecemos su visita.

(Se retira de sala una delegación integrada por los ministerios de Salud Pública, de Desarrollo Social y ASSE)

SEÑOR REPRESENANTE GIANOLI (Gabriel).- Solicito un intermedio de veinte minutos.

SEÑORA PRESIDENTA.- Se va a votar.

(Se vota)

——Diez por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

Se pasa a intermedio.

≠